

# **PREVENÇÃO DO VIH/SIDA E TRABALHADORES DO SEXO IMIGRANTES. O PAPEL DAS ORGANIZAÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL EM PORTUGAL**

Marta Maia, Camila Rodrigues y Ana Rita Peres

## **INTRODUÇÃO**

Segundo o relatório do Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças (ECDC, 2015), 37% dos novos casos diagnosticados de infeção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) na Europa ocorrem na população imigrante. Esta é, pois, uma população vulnerável. O grupo das pessoas que fazem trabalho sexual (TS) é também mais vulnerável ao risco de contrair infeções sexualmente transmissíveis (IST). Daí resulta uma elevada prevalência da infeção por VIH entre as pessoas que fazem TS<sup>1</sup> em Portugal. O artigo debruça-se sobre a atividade de organizações da sociedade civil (OSC) na área da prevenção das IST em Portugal, de modo a analisar como se relacionam com as populações que exercem TS e concebem as ações de prevenção e o apoio social que lhes dirigem.

O trabalho do sexo é entendido como toda e qualquer prestação remunerada de serviços sexuais. Pode revestir variadas formas, tais como “serviços, desempenhos ou produtos sexuais comerciais (prostituição, pornografia, striptease, danças eróticas, chamadas eróticas)” (Oliveira, 2011: 14). O trabalho do sexo de interior ou *indoor* é aquele

---

1 Utilizaremos o termo no masculino quando nos referirmos a toda a população, sem distinção de género, ainda que a maioria das pessoas que exercem TS sejam mulheres.

que decorre entre muros, nomeadamente em apartamentos, em oposição ao de rua, e representa a maior fatia da atividade prostitucional em Portugal (Oliveira, 2004; Ribeiro *et al.*, 2007). Esta atividade é alvo de estigma, pois afronta os valores culturais e morais que regulam a sexualidade. No século XIX, os discursos médicos e criminológicos consolidaram a imagem da prostituta como marginal, imoral e poluente. Atualmente, os discursos sociais tendem a atribuir às pessoas que se prostituem uma roupagem de vítima (Parent & Coderre, 2000; Ribeiro, Silva, Ribeiro & Sacramento, 2005), a par com a de risco, sobretudo quando esses discursos as relacionam com a propagação de infeções sexualmente transmissíveis (IST) (Oliveira, 2011).

A falta de regulamentação do trabalho do sexo e o estigma que pesa sobre os que o exercem constituem não só fatores de vulnerabilidade social como também de risco para a saúde, pois são uma potencial barreira aos cuidados de saúde e à prevenção de doenças, por razões tais como a falta de confiança nos serviços de saúde e o medo da discriminação. Por um lado, essa situação contribui para a representação das pessoas que fazem TS como população vulnerável. Por outro lado, os discursos sociais associam esta atividade à marginalidade, à imoralidade e ao risco de propagação de IST. A dicotomia vulnerabilidade/ameaça marca assim a figura do trabalhador do sexo (TS) e o debate público em torno desta atividade (Santos, Gomes & Duarte, 2009), no qual as OSC se destacam pelo papel ativo na afirmação social e capacitação dos TS, como bem o mostrou a Rede sobre Trabalho Sexual (RTS), inicialmente impulsionada pela Agência Piaget para o Desenvolvimento (APDES), que advoga os direitos humanos, o reconhecimento e a dignificação desta população (Aboim, 2016).

A esmagadora maioria da população que exerce TS em Portugal é constituída por mulheres (Machado, Silva & Silva, 2002), grande parte das quais são imigrantes (Costa, Rocha & Eusébio, 2015), o que, como veremos, reforça a situação de vulnerabilidade (Delor & Hubert, 2000), tanto social como económica e psicológica, desta população com quotidianos marcados pelo risco e pela insegurança.

A pesquisa visou analisar o papel das OSC<sup>2</sup> que desenvolvem projetos de prevenção das IST e de apoio social a esta população; o modo como organizam as suas intervenções de forma a responder aos objetivos de prevenção junto de populações “chave”, como é o caso dos TS,

---

2 Adotamos um entendimento da sociedade civil enquanto esfera intermediária entre o Estado, o mercado e a esfera privada (em detrimento de uma visão da sociedade civil enquanto esfera independente do Estado), focando essencialmente a “sociedade civil organizada” (Cohen & Arato, 1997).

marcadas pela vulnerabilidade<sup>3</sup> decorrente das condições sociais das pessoas que fazem TS, da migração, por vezes em situação de irregularidade, e, em alguns casos, do género; e a relevância da intervenção destas entidades ao nível do apoio social e da advocacia dos direitos humanos desta população, em Portugal.

Foram feitas entrevistas semidiretivas a dez técnicos<sup>4</sup> de OSC que desenvolvem projetos de prevenção de IST dirigidos a pessoas que exercem trabalho do sexo (TS) na Área Metropolitana de Lisboa (AML). Em 2012, realizámos uma entrevista na APDES, duas na Associação Positivo, duas no Grupo de Ativistas em Tratamentos (GAT) e uma na associação O Ninho. Em 2017, realizámos duas entrevistas na Associação Positivo e duas no GAT, a fim de validar e atualizar os dados anteriormente recolhidos no quadro de uma pesquisa desenvolvida no seio do Centro em Rede de Investigação em Antropologia, Pólo ISCTE-IUL<sup>5</sup> (Maia & Rodrigues, 2014).

### **QUADROS SOCIOPOLÍTICOS DO TRABALHO SEXUAL, VULNERABILIDADES E O PAPEL DA SOCIEDADE CIVIL**

No século XIX vigorava o sistema regulamentarista em quase todos os países europeus, incluindo Portugal. A atividade prostitucional era regulamentada pelo Estado por motivos de saúde pública. Nas casas de “toleradas”, as prostitutas estavam sujeitas à inspeção sanitária, a restrições e controlo policial motivados por preocupações morais e de saúde pública, numa tentativa de esconder a prostituição, vista como necessária mas imoral, e de controlar as mulheres consideradas responsáveis pela propagação de doenças venéreas. A regulamentação sugeria que a raiz do mal residia nelas e que os homens deveriam ser protegidos contra as prostitutas (Corbin, 1978; Handman & Mossuz-Lavau, 2005; Ribeiro *et al.*, 2005). No século XX foi imposto o modelo proibicionista, que assentava na ideia de que a prostituição é um

---

3 O conceito de vulnerabilidade aqui adotado é fundamentado em recomendações da Organização Mundial de Saúde e da UNAIDS (Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids), que estimam que os trabalhadores do sexo (TS) e seus clientes, os homens que têm sexo com homens, os utilizadores de drogas injetáveis e os seus parceiros, os jovens desempregados e a população reclusa são as populações mais vulneráveis às IST (UNAIDS, 2012).

4 Adotamos o termo “técnico” para designar os trabalhadores que colaboram nos diversos projetos e serviços das OSC, nomeadamente de prevenção das IST, promoção da saúde sexual, apoio social e psicológico, e advocacia dos direitos dos cidadãos, sejam eles formados em serviço social, rastreio, cuidados de saúde e psicologia ou outra área, pois mais do que a formação académica é na longa experiência de trabalho nas organizações da sociedade civil que forjam os seus saberes e competências.

5 Esta pesquisa inseriu-se no projeto *Immigrants and social care sector*, financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia (referência: PTDC/CS-ANT/101179/2009).

desvio moralmente condenável e que degrada a condição da mulher, devendo, por isso, ser proibida (Manita & Oliveira, 2002). Em Portugal, entre 1963 e 1982, a prostituição era considerada crime (Oliveira, 2011). Atualmente, o modelo abolicionista é o mais difundido na Europa e aquele que vigora em Portugal. Esse modelo admite a venda de serviços sexuais enquanto assunto privado, mas pune a sua exploração comercial por considerá-la lesiva da condição humana. Pressupõe que a prostituição deve ser abolida e que a pessoa que se prostitui assume um estatuto de vítima, particularmente da dominação masculina. O termo trabalhador do sexo foi substituindo o de prostituta/o a partir do final do século XX. Tal como destaca Alexandra Oliveira, “o termo trabalho sexual implica que se considera tratar-se de uma atividade de prestação de serviços sexuais. O que implica a defesa da profissionalização destas atividades, sem estigma, e de forma a dignificar este trabalho exercido por mulheres, homens e transsexuais” (Oliveira, 2011: 14).

No atual quadro legislativo, embora as pessoas não sejam penalizadas pela venda de serviços sexuais, não lhes é permitido trabalhar de forma legal, o que as mantém numa situação de exclusão e estigmatização (Cazals, 1995; Gil, 2008; Ribeiro *et al.*, 2005; Weitzer, 2007). Ademais, é por vezes negado o acesso aos serviços de saúde a estas pessoas, que muitas vezes são perseguidas e enfrentam acusações criminais e detenções (Brussa & Munk, 2010).

A crescente repressão das migrações por parte de muitos países condiciona o acesso aos cuidados de saúde (Gil, 2005; Sacramento & Ribeiro, 2014) e gera vulnerabilidades (sociais e sanitárias) entre populações já de si tendencialmente vulneráveis, como é o caso dos TS imigrantes, sobretudo as mulheres em situação irregular, as mais expostas à situação extrema de tráfico para fins de exploração sexual. Como notam Santos, Gomes e Duarte (2009: 73).

Temos mulheres obrigadas a trabalhar como prostitutas (contra a sua vontade). Encontramos ainda situações em que a mulher prostituta é obrigada a trabalhar em condições que não pôde escolher. Ora, aquilo que o capitalismo traz de diferente relativamente à escravatura é que o trabalhador é livre para vender a sua força de trabalho. Neste sentido, segundo algumas perspectivas, as mulheres devem ser livres para vender a sua disponibilidade sexual enquanto força de trabalho. Esta não é uma posição consensual, como veremos adiante. Contudo, as formas de sobre-exploração de que temos dado conta, de que o tráfico sexual é expressão, levam a que mulheres que vendiam a sua disponibilidade sexual enquanto força de trabalho sejam obrigadas a vender não só a sua disponibilidade, mas também a sua liberdade e a sua identidade.

Como afirmam Sacramento e Ribeiro (2014), a condição de imigrante intensifica o estigma, a discriminação e a vulnerabilidade, devido a fatores tais como a insuficiência de laços sociais e familiares, a falta de conhecimentos dos mecanismos sociais e administrativos do país de acolhimento, e a precariedade económica de uma grande parte da população imigrante. Por sua vez, estes fatores potenciam os comportamentos de risco para a saúde. É neste âmbito que se inscrevem os projetos de prevenção das IST de organizações tais como o GAT. Este, além de ter atendimento direto nas suas instalações, tem uma equipa de rua que intervém predominantemente em contexto de *indoor*. É uma organização que se destaca pelo seu intenso trabalho de advocacia e *networking*, para além de possuir um carácter marcadamente inclusivo ao apostar em mediadores de pares, ou seja, oriundos dos seus próprios grupos alvo.

Apesar de se tratar de projetos na área específica da prevenção do VIH/SIDA e de outras IST, estes acabam por constituir um apoio social importante para esta população, contribuindo para minimizar o estigma que pesa sobre ela e para aumentar a sua capacitação para lá da saúde sexual. A execução destes projetos assenta numa lógica multidimensional, tendo parcerias com outras instituições (por exemplo, no âmbito do apoio aos imigrantes) para uma resposta integrada a cada situação. Existe também uma preocupação em ultrapassar barreiras linguísticas e assim facilitar o acesso dos imigrantes aos serviços prestados. A maioria das entidades presta serviços e disponibiliza material informativo em mais do que uma língua.

De notar que a sociedade civil portuguesa é, na sua generalidade, pouco emancipada e o envolvimento de grupos de pares e da comunidade não é frequente (Sacramento, Ribeiro & Maia, 2016), pelo que o trabalho desenvolvido por estas organizações, nomeadamente a APDES, a Associação Positivo e o GAT, pode ser considerado como inovador.

As organizações envolvidas constituem uma referência incontornável na prevenção e controlo das IST em pessoas que fazem TS, dada a abrangência e representatividade da sua intervenção. São organizações que surgem regularmente enquanto parceiras institucionais em projetos e estudos nessa área, e as atividades por elas implementadas constituem, em conjunto, uma parte significativa da oferta de apoio ao dispor desta população na AML. Por outro lado, o tipo de estratégias que desenvolvem é diversificado e permite captar diferentes populações em contextos distintos. Se uma organização trabalha numa lógica de proximidade na rua, outra fá-lo em *indoor*. Enquanto uma organização desenvolve ações de formação profissional com vista à reorientação da atividade desenvolvida por TS, outra procura reduzir

riscos no desempenho dessa mesma atividade mediante a oferta de um conjunto diversificado de serviços sociais, jurídicos e de saúde nas suas instalações.

Grande parte, senão a maioria dos utentes das OSC que trabalham com TS são mulheres imigrantes. Uma técnica da APDES entrevistada refere que, apesar desta organização não desenvolver projetos especificamente dirigidos a imigrantes, na realidade, acaba por “trabalhar quase só com imigrantes”, pois “cerca de 80% a 90%” dos TS (que são na sua grande maioria trabalhadoras) no contexto *indoor* em que intervêm são imigrantes. Os TS imigrantes acabam por ser abarcados pelas valências e projetos que, de forma mais genérica, envolvem os TS independentemente da sua nacionalidade e situação administrativa no país, embora possam articular-se com organizações que trabalham com imigrantes, a fim de encaminhar utentes que necessitem de apoio específico pela sua situação administrativa de permanência no país.

Os TS imigrantes representam um grupo diversificado pela sua situação legal ou irregular ou regularizada em Portugal; pelos seus países de origem, que lhes conferem um estatuto particular no universo do sexo comercial; pelo tempo de presença em território português; pela situação socioeconómica; pelas redes sociais de apoio que possuem ou são capazes de mobilizar; pelo tipo de sexo comercial que praticam (venda de serviços sexuais na rua ou em apartamentos, danças eróticas e *striptease* em clubes, conversas eróticas ao telefone e via internet, etc.), etc. O grau de vulnerabilidade difere, obviamente, em função destes fatores.

A maioria dos clientes são homens. Ribeiro *et al.* (2005) constataram que as escolhas dos clientes se centram nas TS latino-americanas, em particular as brasileiras, consideradas mais carinhosas e mais permissivas. Uma da técnica da APDES afirma que “existe uma imagética acerca do que é que é exótico, do que é que é erótico, e a mulher brasileira está conotada dessa forma. [...] isso está presente no imaginário dos homens que as procuram”.

Os técnicos entrevistados relatam que a chegada de mulheres brasileiras ao mercado do sexo português, conjugada com a preferência de muitos clientes por estas, aumentou a concorrência entre as TS e, por conseguinte, fez aumentar as práticas de risco, dado que um dos argumentos de venda de serviços sexuais é o sexo desprotegido. Não existem estatísticas sobre as nacionalidades dos TS, no entanto, as mulheres brasileiras tendem a ser associadas na sociedade portuguesa ao trabalho do sexo, o que lhes pode acarretar estigmatização, discriminação e uma vulnerabilidade social acrescida (Miranda, 2009).

Apesar de reconhecerem a sua diversidade, essa população é descrita pela maioria dos técnicos entrevistados que com ela lidam como

vulnerável,<sup>6</sup> em particular os que estão em situação irregular no país. Com efeito, como notaram Silva e Ribeiro (2010), muitas das pessoas que exercem são migrantes, principalmente da América Latina e Europa de Leste, vivem em situação de precariedade socioeconómica, têm um reduzido capital social e cultural, e praticam uma atividade não regulamentada pelo direito do trabalho e estigmatizada.

Outro elemento de vulnerabilidade das pessoas que fazem TS, sobretudo das mulheres, que trabalham em clubes e pensões, apontado por alguns autores (Costa & Alves, 2001; Ribeiro *et al.*, 2007; Sacramento, 2005), para além da informalidade da atividade, prende-se com a procura constante de novidades por parte dos clientes, que as obriga a circular em permanentemente por diversas zonas do país, fazendo aquilo que na gíria da profissão se denomina “uma praça”, não lhes permitindo ficar muito tempo num mesmo local e numa mesma residência. Segundo Ribeiro *et al.* (2005, 2007), o trabalho sexual torna-se assim uma prática informal, exercida em boa parte por migrantes, entre os quais muitas mulheres em situação irregular, em pensões, clubes ou bares de alterne. Estes estabelecimentos têm em vigor um conjunto de regras, geralmente sob forma de regulamento interno, ao qual estas mulheres estão sujeitas, que escapam a qualquer enquadramento legal.

O trabalho sexual não é regulamentado. A sua informalidade, à qual se acrescenta a situação de ilegalidade da permanência no país para algumas das pessoas que se dedicam ao TS, constitui uma barreira aos cuidados de saúde, pelo receio de identificação por instituições cuidadoras que possam partilhar os dados pessoais com as autoridades policiais, o que pode levar à expulsão do país. Esta situação inibe as pessoas em situação irregular de recorrerem a estruturas de diagnóstico e de cuidados de saúde, traduzindo-se, assim, num fator de risco para a saúde. Também a dificuldade ou impossibilidade de se deslocarem a instituições de saúde por desconhecimento, a falta de confiança no sistema de saúde, a falta de autoestima e consequente desleixo em relação à sua saúde, e o medo de serem discriminadas representa uma barreira aos cuidados de saúde (Deschamps, 2006; Brussa & Munk, 2010; Sacramento, 2005, 2011). Como testemunha uma técnica da Associação Positivo, entrevistada, em 2012,

---

6 A concepção de vulnerabilidade aqui adotada distancia-se de uma visão caritativa/assistencialista e procura assumir um caráter pragmático com base científica, sendo fundamentada em recomendações da Organização Mundial de Saúde e da UNAIDS (Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids), que estimam que os TS e seus clientes, os homens que têm sexo com homens, os utilizadores de drogas injetáveis e os seus parceiros, os jovens desempregados e a população reclusa são as populações mais vulneráveis às IST (UNAIDS, WHO, 1999; UNAIDS, 2012).

Em relação aos imigrantes, o acesso à saúde é uma situação difícil em Portugal [...] é o receio de irem aos serviços e serem sinalizados ao SEF [Serviço de Estrangeiros e Fronteiras], é o receio de não serem aceites, de serem estigmatizados e irem de volta para o país de origem. Se as pessoas tiverem coragem de enfrentar todo o processo, que não é fácil, depois têm o processo burocrático de irem à Junta de Freguesia buscar o atestado de residência com duas testemunhas que residam ali, com cartão de eleitor, que afirmem que aquela pessoa vive ali há mais de noventa dias [...] Depois há a questão da comunicação, das barreiras, as pessoas não conhecem as leis, as circulares que passam, porque existe uma lei em que isto está tudo contemplado, mas por vezes não é efetivada. Até chegar à prática é um processo burocrático. E depois as pessoas não estão totalmente informadas sobre os seus direitos, daí o receio, não sabem qual é a lei, estão num país novo, um país diferente.

Vários autores (Ribeiro *et al.*, 2005, 2007; Ribeiro & Sacramento, 2005) observaram que a dificuldade de acesso aos cuidados de saúde, o isolamento e as carências sociais dos TS aumentam as dificuldades interpessoais, o desconforto psicológico e os comportamentos de risco. Por sua vez, a multiplicidade de parceiros sexuais e a pressão por parte de alguns clientes para não usar preservativo, aumentam o risco de contrair uma IST. Uma técnica entrevistada no GAT em 2017 descreve essa situação nos seguintes termos:

Há relatos de clientes que insistem muito para não usar preservativo e, às vezes, é difícil para as pessoas que estão sem dinheiro resistir a isso. Claro que é sempre trabalhado isso, o cuidar de si, pensar primeiro na sua saúde, é mais importante, mas a situação atual também não ajuda. Uma aceita, outra não aceita, tenta aqui, tenta ali, mas o nosso objetivo aqui, nesse sentido, é o empoderamento da mulher em relação ao cliente.

## **SITUAÇÕES DE RISCO E O APOIO DAS ORGANIZAÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL**

Segundo Beck (1992), vivemos numa fase da modernidade na qual os riscos individuais e coletivos, apesar de serem monitorizados e controlados pela sociedade contemporânea, tendem a escapar às instituições sociais de controlo e de proteção. A procura da excitação pelo risco pode ser entendida como uma forma de escape aos mecanismos de controlo social (Rojek, 1995; Maia, 2010b). Existe uma cultura do risco que, em alguns espaços, encarna uma dimensão transgressora (Lagunes, 1998; Maia, 2010a; Ribeiro, 2003). A relação entre as pessoas que vendem serviços sexuais e os clientes é, frequentemente, marcada pelo desencontro entre os interesses de segurança dos primeiros e o gosto pelo risco de boa parte destes últimos (Oliveira, 2004; Ribeiro *et al.*, 2005; Sacramento, 2005).



Vários estudos (Manita & Oliveira, 2005; Muianga, 2009; Ribeiro *et al.*, 2005) mostraram que, de um modo geral, as pessoas que fazem TS têm conhecimento dos riscos e poder de autodeterminação sexual, preocupam-se com a sua saúde e praticam sexo protegido. Pelo contrário, os clientes procuram amiúde a experiência do risco por meio do sexo desprotegido, que usam como um mecanismo para a busca de excitação. Algumas mulheres entrevistadas no quadro do estudo de Ribeiro *et al.* (2005) revelam-se chocadas com a acentuada procura de sexo desprotegido por parte dos clientes portugueses, contrariamente ao uso inquestionável do preservativo que vigora noutros contextos de trabalho que conhecem. Quando existe tensão entre a pessoa que vende serviços sexuais e o cliente, está quase sempre relacionada com desejos de certas práticas, como a penetração anal por parte do cliente, às quais a mulher não se mostra recetiva, e o uso do preservativo, que muitos clientes recusam. As mulheres cedem, por vezes, a essas solicitações quando se encontram numa situação de grande precariedade económica ou devido à urgência de angariar dinheiro para o consumo de droga, no caso das mulheres toxicodependentes, e uma redução da consciência e do autocontrolo no caso das mulheres alcoólicas (Oliveira, 2004; Ribeiro *et al.*, 2005; Sacramento, 2005).

Os clientes constituem um grupo bastante heterogéneo, tanto ao nível social como ao nível dos motivos que estão na origem do recurso ao sexo pago e do tipo de relação e de serviços que procuram, mas, segundo Ribeiro *et al.* (2005), a procura de práticas sexuais de risco parece transversal à clientela. Estes autores apontam quatro razões para a busca deliberada do perigo: os valores da masculinidade hegemónica; as situações de “indigência”/“imaturidade” sexual (tais como limitações físicas ou relacionais que dificultam o processo de sedução do sexo oposto, desconhecimento e pudor relativos às questões da sexualidade); as ligações afetivas que por vezes os clientes estabelecem com as pessoas que lhes vendem serviços sexuais, levando ao relaxamento da prevenção e à interpretação do preservativo como um obstáculo à intimidade; e o desconhecimento acerca das IST e suas formas de prevenção, ou ainda a visão da infeção por VIH como uma “doença do outro” (Ribeiro *et al.*, 2005: 77).

O afrontamento do risco tende a ser visto pelos homens como uma forma de superação dos limites e do medo, uma prova de valentia e potência sexual, um indício de virilidade (Delicado & Gonçalves, 2007; Maia, 2009; Ribeiro, 2003; Sacramento, 2005). O risco é visto como algo a ser enfrentado e não evitado (Lagunes, 1998). Os TS “desempenham um papel decisivo na sensibilização dos clientes, muitos deles com uma certa ‘propensão’ ou ‘gosto’ manifesto para o relacionamento sexual desprotegido” (Ribeiro *et al.*, 2005: 49). Os programas

de prevenção das IST desenvolvidos nos últimos cinco anos defendem, pois, a tomada em conta tanto do TS como do cliente, embora na prática tal proposta seja de difícil execução devido à dificuldade de acesso aos clientes.

O estudo de Ribeiro *et al.* (2005) refere a dificuldade de acesso aos serviços públicos de saúde devido ao estigma social que pesa sobre as pessoas que fazem TS, a rotatividade e mobilidade a que obriga, por vezes, o trabalho do sexo e a impossibilidade, no caso das mulheres indocumentadas, de aceder, em igualdade de direitos com os cidadãos estrangeiros em situação de permanência regularizada, a serviços de saúde públicos, exceto em situações que ponham em perigo a saúde pública.

Quem está em situação de permanência irregular tem também uma maior dificuldade em encontrar outra ocupação profissional para além do trabalho sexual e assim entrar no mercado de trabalho formal, na medida em que “é difícil ser aceite por uma entidade patronal que fica com receio das consequências perante o SEF” (Costa *et al.*, 2015: 37). Neste contexto, emerge como fundamental o apoio prestado ao nível dos processos de regularização.

Em Lisboa, destacam-se dois projetos de intervenção junto das pessoas que exercem TS: o Red Light e o Espaço Intendente. O projeto Red Light, da Associação Positivo, envolve apoios que visam prestar uma resposta integrada às necessidades desta população e que incluem atividades de *outreach*, apoio médico, apoio psicológico, apoio social, apoio jurídico e animação sociocultural. As atividades de *outreach* envolvem rondas noturnas e diurnas nos principais locais de trabalho do sexo, tanto na rua como em bares e apartamentos, com a entrega de material de prevenção, ações de sensibilização e aconselhamento relativamente a IST, e divulgação de serviços. O apoio médico disponibiliza uma consulta que, mediante um acordo com a Administração Regional de Saúde (ARS) de Lisboa e Vale do Tejo, possibilita a prescrição de exames clínicos e de prescrições médicas. Um protocolo com um laboratório permite fazer rastreios de IST e testes de gravidez e é ainda disponibilizado um serviço de enfermagem. Em casos de testes reativos ao VIH, o Red Light facilita o acesso aos prestadores de cuidados de saúde mediante referência hospitalar e acompanhamento às consultas. No que se refere particularmente aos imigrantes em situação irregular, em casos reativos de VIH/SIDA, o projeto apresenta-se, pois, como uma resposta de referência em termos de acesso aos cuidados de saúde e de prevenção de riscos para a saúde pública. Quanto ao apoio psicológico engloba consultas individuais e sessões em grupo, aconselhamento e avaliação psicológica e workshops de relações interpessoais. Ao

nível social, o projeto providencia informação e mediação relativa ao acesso a direitos fundamentais, assim como apoio na procura de emprego e formação profissional. Para os imigrantes em particular, disponibiliza aulas de português para estrangeiros e apoio nos processos de regularização em território nacional. Desenvolve ainda atividades de animação sociocultural que incluem festas, ateliers e atividades desportivas e culturais. O apoio jurídico abrange situações relacionadas com cidadania e direitos humanos, estando direcionado para a discriminação relativamente ao VIH.

Entre 2003 e 2015, o Red Light (Costa *et al.*, 2015) acompanhou 372 utentes elegíveis em termos amostrais, na maioria do sexo feminino (68%), solteiros (63%), com idades entre os 26 e os 45 anos e com um nível de escolaridade concentrado entre o primeiro ciclo e o secundário, com uma maior prevalência deste último. Dos 97% que ainda estavam no ativo, apenas 18% desenvolviam outra atividade em paralelo. A população imigrante totaliza metade dos utentes (49%). Verifica-se uma prevalência considerável de imigrantes brasileiros (38%), sendo as restantes nacionalidades residuais (5% da Nigéria, 2% dos PALOP, 2% do Leste europeu e 2% de outras proveniências). Entre os utentes imigrantes, 67% encontravam-se em situação de permanência irregular em Portugal.

Costa *et al.* (2015) não encontraram uma relação estatisticamente significativa entre nacionalidade e infeção VIH à partida, mas observaram uma relação entre estatuto legal e infeção VIH. Segundo o relatório de atividades da Associação Positivo, ter a situação regularizada em território nacional apresenta um efeito protector de 48% na infeção por VIH à partida. Como causa possível para esta relação, o relatório menciona que os imigrantes indocumentados, tendo já conhecimento da sua situação clínica, recorrem ao Red Light para ter acesso a cuidados de saúde, procurando nomeadamente uma referenciação para consulta de especialidade. Segundo uma técnica desta organização, a situação de permanência irregular em território nacional para portadores de VIH representa limitações no acesso à saúde.

No caso de uma pessoa que é imigrante e está em situação irregular, se tiver VIH tem direito ao tratamento, mesmo sem número de utente. Não tem direito a número de utente. Pode fazer uma inscrição esporádica em termos de saúde, tem direito a isso, tem que levar o documento comprovativo da residência, pode ser da Junta ou pode ser outro documento, e tem que levar o seu passaporte, todos os documentos que tenha, número de contribuinte, etc. [...]. Tendo VIH tem direito à isenção [...] de taxas da consulta, da medicação toda e dos exames que tenham a ver com esta área, tudo o resto pagam. [...] Fica isento mas só na área do VIH.

No relatório supracitado, Costa *et al.* (2015) fazem referência às imigrantes transsexuais, nomeadamente brasileiras, que na Europa procuram assumir abertamente a sua condição e ganhar dinheiro suficiente para as transformações corporais. A melhoria da condição económica é apresentada como um fator que pode contribuir para mitigar a postura discriminatória das famílias nos países de origem, mas os sacrifícios exigidos para atingir este fim são por vezes pesados, considerando que as transformações são por vezes realizadas sem as devidas exigências clínicas, originando problemas de saúde. É uma população que tende a circular entre países europeus, de forma a manter a procura motivada pela novidade da oferta. Esta circulação pode levar as pessoas seropositivas em tratamento a interromper a medicação para a infeção VIH/SIDA, sobretudo quando os direitos à saúde nos novos países são desconhecidos ou quando o acesso aos cuidados de saúde é dificultado por processos administrativos demorados e complicados, enquanto o receio da discriminação, esse, está sempre presente. Existe, assim, uma tripla estigmatização enfrentada pelas transsexuais imigrantes, traduzida na sua invisibilidade perante os serviços de saúde. As próprias contribuem para esta situação, dado que a invisibilidade surge como uma estratégia de defesa relativamente à discriminação de que se sentem alvo (Costa *et al.*, 2015).

Os imigrantes constituem, assim, uma população particularmente fragilizada, sendo essa fragilidade acrescida quando estão em situação de permanência irregular em Portugal. Esse facto retarda o seu acesso à saúde e aumenta a probabilidade de recorrerem ao Red Light já em situação de infeção pelo VIH (Costa *et al.*, 2015).

O Espaço Intendente, em Lisboa, é um projeto do GAT que procura dar resposta às múltiplas e diversas contingências da população alvo com que trabalha, as pessoas que exercem TS. Os técnicos entrevistados referem que é um serviço feito à medida de cada um e que se rege pela flexibilidade: se for necessário atender aos fins-de-semana, isso será feito. Entre os apoios quantitativamente mais significativos, destaca-se a distribuição de material, tanto no local de trabalho sexual como no Espaço Intendente, assim como a realização de rastreios. Entre os seus parceiros encontra-se a Rede de Rastreio Comunitária e entre as suas entidades financiadoras destaca-se a Câmara Municipal de Lisboa, sendo que com a crise económica as fontes de financiamento diversificaram-se mais, observando-se uma maior prevalência de apoios internacionais. O projeto articula igualmente com prestadores de cuidados de saúde públicos, como hospitais e centros de saúde.

O Espaço Intendente está aberto à comunidade em geral mas é particularmente direcionado para TS. Visa reduzir a prevalência de infeções não diagnosticadas mediante o diagnóstico precoce, a distribuição

de materiais de prevenção, o aconselhamento e a divulgação de informação. Promove a deteção precoce de IST (clamídia, sífilis, gonorreia, HPV e VHB) e hepatites virais, sendo efetuada a referenciação para o tratamento em casos reativos. Segundo os técnicos entrevistados, metade dos rastreios realizados em *outreach* envolveram imigrantes em situação de permanência irregular em território nacional.

Os utentes que são imigrantes formam uma população descrita pelos técnicos entrevistados como heterogénea, em termos de nível de instrução, faixa etária, sexo, situação familiar, motivações e necessidades. A maior fragilidade social é encontrada nos imigrantes que estão em situação irregular. A complexidade burocrática dos processos de regularização, nomeadamente a exigência de vínculos laborais que devem obedecer a critérios que remetem para as entidades empregadoras, torna o processo inexecutável para muitos imigrantes indocumentados, que posteriormente encontram barreiras acrescidas no acesso aos serviços de saúde. Para agravar este facto, a situação de regularização exige a renovação da documentação, o que poderá ser dificultado por situações de desemprego ou doença. Há, por isso, imigrantes que se encontram numa situação de irregularidade intermitente. Neste contexto de alguma hostilidade institucional face à situação migratória, à qual se junta o estigma do trabalho sexual, a “qualidade humana” do Espaço Intendente é referida como fundamental, na medida em que nele os imigrantes encontram um serviço de proximidade que os recebe, independentemente do seu estatuto legal, sem qualquer tipo de discriminação ou contingência, à semelhança dos outros projetos do GAT (tais como o CheckpointLX, o IN-Mouraria ou o Move-se).

A dificuldade inerente ao processo de regularização pode determinar a opção pelo trabalho sexual de alguns imigrantes indocumentados. Como explica um técnico do GAT,

A dificuldade de regularizar as pessoas, inclusivamente com trabalhos formais, é uma questão que leva muitas pessoas a chegar ao trabalho sexual... Há uns anos atrás, nos homens, era muito comum eu encontrar homens que me diziam que chegavam ao trabalho sexual porque tinham estado a trabalhar um mês, dois meses, três meses num espaço, que lhe tinham prometido a regularização, que não lhe davam o ordenado porque diziam “não tens os papéis, não te posso pagar” e a pessoa ia pedir dinheiro emprestado, tinha familiares e tinha pessoas dependentes e depois dizia “a única coisa que eu posso fazer para ter dinheiro rápido é esta noite ir fazer trabalho sexual.

No geral, a relação dos imigrantes com as instituições é descrita pelos técnicos entrevistados como problemática, considerando as

discrepâncias que se observam entre a legislação e a sua aplicação. Na prática, surgem dificuldades de acesso dos cidadãos aos serviços, motivadas pela ambiguidade do sistema burocrático. “Há muita interpretação” e “muito desconhecimento” tanto por parte dos cidadãos como das próprias entidades. Ocorrem situações de discriminação declarada, em que os administrativos, à revelia da lei, vedam o acesso dos imigrantes aos serviços de prestação de cuidados de saúde. O poder discricionário do pessoal administrativo assume grande relevância, considerando que este representa a porta de entrada dos serviços públicos. Como nota uma técnica entrevistada, “os administrativos são logo a primeira barreira que nós temos, antes de chegar ao médico, portanto há muitos casos que nós, quando fazemos as referenciações, em que vamos contra a parede.”

Num contexto de arbitrariedade burocrática, os contactos pessoais com elementos dentro dos serviços públicos de saúde permitem ultrapassar barreiras e garantir o acesso a direitos fundamentais e legalmente previstos, os quais de outra forma poderiam ser irremediavelmente negados. O Espaço Intendente possui estes contactos que podem ser acionados em situação de necessidade, constituindo assim um recurso fundamental para esta população, como exemplifica a seguinte situação, relatada por um técnico do GAT entrevistado em 2017:

Eu recordo uma situação de profilaxia pós-exposição de uma pessoa que até estava regular em Portugal, teve um acidente, era um acidente de risco, foi ao Hospital de Santa Maria, posso falar porque nós apresentámos queixa no Ministério, e como é que ela disse? “Venho para o comprimido para evitar o AIDS”. E a doutora meteu-a na rua e disse “não há nada para isso”. [...] Agarrámos [nela], chegámos a outro hospital, entrou logo, porque eu já tinha telefonado para o hospital e havia lá alguém que fazia parte dos contactos e que facilitou.

## **AS ORGANIZAÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL NA PROMOÇÃO DA SAÚDE SEXUAL E NA ADVOCACIA DOS DIREITOS HUMANOS**

As OSC têm contribuído para um aumento da literacia em saúde e dos conhecimentos dos direitos sociais, uma maior capacidade de reivindicar e uma crescente capacitação<sup>7</sup> das pessoas que exercem TS. As entrevistas efetuadas a técnicos de OSC permitiram constatar que o discurso de vitimização associado ao trabalho do sexo assume um

---

7 De destacar o mais recente projeto do GAT, dirigido à população em geral, particularmente a membros de associações que trabalham na área da saúde e do consumo, que promove a participação cidadã e a advocacia na esfera da saúde, o Mais Participação melhor saúde (Crisóstomo *et al.*, 2017).

carácter residual. Salvo casos específicos de manifesta exploração sexual, a maioria das organizações que prestam apoio a TS entende como uma opção consciente e livre de quem a pratica, independentemente das razões inerentes a esta escolha, que não são questionadas na medida em que são entendidas enquanto um elemento do foro privado de cada um.<sup>8</sup>

As OSC visam acima de tudo minimizar potenciais riscos para a saúde inerentes à prática do trabalho do sexo. As suas respostas sociais abrangem a generalidade das pessoas, independentemente da sua nacionalidade. Em regra, é favorecida uma intervenção de proximidade, na qual os técnicos atuam no espaço físico onde se desenrola o trabalho do sexo, seja na rua seja em contexto de *indoor*. O contacto regular favorece a confiança entre os utentes e os técnicos, criando condições para o trabalho de prevenção das IST.

Algumas organizações, tais como as Irmãs Oblatas, a Novos Rostos Novos Desafios, a Positivo e a APDES, divulgam os seus serviços e distribuem material em contexto de rua, sendo comum o uso de carrinhas pelas equipas técnicas. Esse trabalho de rua é complementado com o apoio prestado em contexto de gabinete, como acontece no projeto Red Light, da Associação Positivo.

Na implementação dos seus projetos, as OSC puderam contar com o apoio financeiro do Estado, nomeadamente através do Programa ADIS/SIDA, da Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA, extinta desde 2012. Porém, com o fim deste concurso, os apoios ao terceiro sector na área da prevenção do VIH/SIDA foram fortemente reduzidos. Existem algumas poucas iniciativas governamentais, como o programa de saúde Auto-estima, da responsabilidade da ARS Norte, cuja população alvo é a das pessoas que exercem TS. Dado que o apoio a esta população é feito sobretudo pelo viés da saúde sexual, a redução de meios financeiros alocados a esse tipo de intervenção traduz-se numa redução do apoio a populações tão vulneráveis quanto os imigrantes em geral e os indocumentados em particular, o que, por sua vez, tem também efeitos negativos a nível da saúde pública, como é evidente.

O GAT, através do projeto PREVIH, tendo por parceiras a APDES e a Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade

---

8 A este respeito, as Irmãs Oblatas do Santíssimo Redentor e O Ninho constituem exceções na medida em que entendem que uma pessoa que vende serviços sexuais é forçosamente “vítima da prostituição”. Como refere a técnica desta entidade que entrevistámos, assumindo que só existe prostituição forçada e não voluntária. O trabalho desta instituição é orientado para retirar a mulher da prostituição. Para tal oferece apoio social, alojamento e formação. Sobre o trabalho de prevenção das IST junto das mulheres que vendem serviços sexuais das Irmãs Oblatas, ver Saraiva (2009).

do Porto (UP-FPCE), promoveu a formação de pares. Na primeira fase do projeto, que decorreu entre novembro de 2011 e maio de 2012, a APDES implementou uma metodologia de educação de pares com um grupo de pessoas que fazem ou fizeram TS que já havia testado com consumidores de drogas (Oliveira & Mota, 2013), depois de efetuadas as devidas adaptações. A UP-FPCE, de acordo com o solicitado pelo GAT, além de ter incluído neste projeto uma componente de capacitação e ativismo, ficou responsável pela supervisão científica com vista a validar o modelo de formação e integração de pares. Este projeto de educação de pares teve dois objetivos principais: a profissionalização e integração dos pares em equipas de redução de riscos, e o desenvolvimento, a capacitação comunitária e o ativismo político dos educadores de pares com vista a estimular a sua associação num coletivo (Oliveira & Mota, 2012).

O projeto “PREVIH - Infecção VIH nos grupos de homens que têm sexo com homens e trabalhadores sexuais: prevalência, determinantes e intervenções de prevenção e acesso aos serviços de saúde”, promovido pelo GAT, teve também uma componente de pesquisa, em parceria com o Instituto de Higiene e Medicina Tropical, entre 2009 e 2013 (Oliveira, 2013). No contexto desta pesquisa foram questionados 1.040 indivíduos, 853 dos quais do sexo feminino, correspondendo a 82% do total. Dessas, 460 (57,4%) trabalhavam na rua, 301 (37,5) exerciam a atividade *indoor* e 41 (5,1%) trabalhavam tanto na rua como em *indoor*; 91% reportavam ter usado sempre preservativo com os clientes no último mês, 8,3% afirmavam tê-lo utilizado por vezes e 0,7% admitiam que raramente ou nunca usavam preservativo; 41,6% tinham sido abrangidas por campanhas de prevenção no último ano e 91,4% haviam recebido preservativos gratuitamente em alguma ocasião; 67,5% tinham realizado o teste e conhecido o seu resultado, sendo que em 6,6% dos casos fora positivo; 58,5% das inquiridas seropositivas que conheciam a sua situação afirmavam estar em tratamento (APDES, RTS & Peixoto, 2012; Oliveira, 2013). A prevalência da infecção por VIH parece pois bastante elevada entre as pessoas que fazem TS.

A elevada prevalência da infecção por VIH nesta população contrasta com o uso reportado de meios de prevenção e diagnóstico. A discrepância verificada poderá indicar uma adesão formal, mas não necessariamente real, por parte das pessoas que fazem TS, a uma retórica socialmente valorizada de prevenção, a qual é canalizada pelas organizações.

Apesar da relevância concedida às IST, a vulnerabilidade relativamente à saúde sexual não é o único risco identificado pelos técnicos entrevistados, que salientam igualmente a problemática da violência,



a que é exercida pelos clientes e a que é exercida pelas instituições, ambas potenciadas pelo desempenho de uma atividade que não possui enquadramento legal. Com efeito, não sendo uma atividade criminalizada, o trabalho do sexo não é uma profissão formalmente reconhecida enquanto tal. No caso da população migrante, em que o processo de regularização em território nacional surge associado à prática de uma atividade profissional legalmente reconhecida, as dificuldades são evidentes, dado que esse processo fica inviabilizado.

É notória a articulação entre as OSC, embora esse trabalho em parceria não assuma um carácter sistemático. É exemplo do trabalho em conjunto a constituição, em 2011, da RTS, que reúne organizações e pessoas que exercem TS, numa experiência inovadora de participação. Os objetivos consistem na partilha de boas práticas, na maximização dos recursos, na promoção do debate, na elaboração de documentos conjuntos, na promoção de ações de sensibilização e no acompanhamento das políticas relativas ao trabalho sexual, procurando igualmente assumir o *lobbying* relativamente ao trabalho sexual em Portugal.

Uma questão que emerge como fundamental é a questão da participação das pessoas que exercem TS nessas organizações e nos projetos que lhes são dirigidos. As entrevistas evidenciaram que as OSC tendem a assumir um discurso pragmático e não discriminatório. Os projetos que desenvolvem oferecem serviços que visam melhorar as condições de saúde de quem pratica o trabalho sexual. No entanto, os visados permanecem ausentes das estruturas dirigentes e executivas dessas organizações e o seu envolvimento nos projetos é quase nulo, apesar de algumas experiências de formação e de educação pelos pares. A sua reduzida participação dos TS na concepção, execução e avaliação de projetos que os visam, pode propiciar uma noção de “bem” que não é a sua, mas a daqueles que controlam as políticas e serviços ou que neles trabalham. Aquilo que os agentes políticos que financiam os projetos e os dirigentes e técnicos das organizações que os implementam consideram que é desejável para os desta população, pode não coincidir obrigatoriamente com o que estes estimam ser necessário. Esse facto pode originar dinâmicas de manipulação mútuas: das organizações em relação aos seus utentes, ao tentarem promover comportamentos e encaminhá-los para serviços que consideram benéficos ou que têm a responsabilidade de implementar, mas que não são forçosamente do interesse destes; e dos TS em relação às organizações, ao adotarem uma postura que acreditam corresponder àquilo que é percecionado pelos técnicos como sendo adequado, mas que não corresponde à sua verdadeira forma de estar e ser. Como nota uma técnica da APDES, o discurso dos utentes tende a ir ao encontro

das expectativas que têm relativamente àquilo que consideram que o técnico espera ouvir, como forma de obter determinados bens ou serviços. Por seu turno, o técnico fornece esses mesmos bens e serviços com o objetivo de promover a adesão a comportamentos que considera desejáveis.

As entrevistas permitiram aferir que a auto-organização não é uma realidade entre as pessoas que exercem TS, devido a uma diversidade de potenciais fatores causais que carecem de aprofundamento e clarificação: fatores político-institucionais, como a ausência de um enquadramento legal para o desempenho do trabalho do sexo; fatores sociais, como a discriminação associada à atividade; e fatores individuais, como a desmotivação relativamente a um envolvimento cívico mais profundo. Todos esses fatores apontam para hipóteses em aberto na explicação de uma maior ou menor auto-organização desta população, sendo que, na ausência de um movimento associativo consistente, a defesa dos seus direitos recai essencialmente sobre as OSC.

## CONCLUSÃO

O caráter pré-moderno da administração pública portuguesa emerge em todo o seu esplendor quando estão em causa populações particularmente fragilizadas, como é o caso dos imigrantes que exercem trabalho sexual. Impossibilitados de se regularizarem por via de uma atividade profissional que não é legalmente reconhecida, encontram-se num limbo legal que compromete o seu acesso a direitos fundamentais, tais como direito à saúde.

Existem direitos legalmente consagrados que nem sempre são respeitados devido a uma micro-gestão arbitrária exercida por funcionários públicos por vezes pouco esclarecidos quanto às leis que deveriam fazer cumprir. Oliveira (2013) expõe a este propósito atitudes discriminatórias que envolvem insultos, humilhações e negligência, o que leva a que, em situações mais extremas, o imigrante recorra a cuidados de saúde amadores que podem comprometer a sua saúde. Neste contexto, o desenvolvimento de estratégias de acesso aos serviços de saúde torna-se uma necessidade essencial e envolve, por exemplo, inscrições no Sistema Nacional de Saúde (SNS) e prescrições médicas passadas em nome de outrem, e a busca de centros de saúde específicos, reconhecidamente considerados mais recetivos.

Os prestadores públicos de cuidados de saúde não atuam todos da mesma forma, de acordo com um quadro legislativo e regulamentar claramente definido. Uma relativa autonomia burocrática, resultante de um enquadramento regulamentar que deixa espaço para a ambiguidade, permite que as questões sejam resolvidas por funcionários administrativos que selecionam as regras a serem aplicadas, pois

as suas ações não são passíveis de monitorização e os procedimentos corretos são de difícil verificação. Os imigrantes que exercem trabalho sexual, quando confrontados com esta situação, dificilmente possuem os recursos necessários para enfrentar o sistema. A solução mais exequível que se lhes apresenta consiste em contorná-lo.

A relação que o Estado estabelece com as OSC é essencial para colmatar as suas próprias deficiências. O Estado financia projetos que se apresentam como um sistema paralelo que presta apoio direto ao nível da prevenção, diagnóstico e tratamento de IST, abrangendo os imigrantes indocumentados que o SNS tende a excluir, seja por determinação legal seja por capricho burocrático. Sempre que o encaminhamento para os prestadores públicos de cuidados de saúde se torna necessário e possível, as OSC acionam a sua rede de parcerias e medeiam o contacto do imigrante com o serviço em causa, tentando ultrapassar os obstáculos que surgem. Este papel mediador é de extrema importância num sistema personalista que se apoia fortemente em relações diretas entre indivíduos e não em relações imparciais entre instituições e cidadãos. O papel de apoio direto e de mediação das OSC assume uma importância primordial na resolução de casos por vezes dramáticos. No entanto, por si só, não contribui significativamente para a alteração de um sistema que apresenta lacunas consideráveis. Por vezes, ocorre um confronto direto com os prestadores públicos de cuidados de saúde que negam o acesso a direitos fundamentais,<sup>9</sup> mas esta confrontação envolve sobretudo casos particulares e não o SNS no seu todo.

O trabalho de advocacia desempenhado pelas OSC, baseado em anos de experiência no terreno, traduz-se, por exemplo, na criação da RTS, que visa a partilha de boas práticas e conhecimentos, e a consciencialização dos direitos e deveres das pessoas que exercem TS. A ação de sensibilização e de pressão política exercida por via deste tipo de intervenção concertada, envolvendo uma diversidade de atores sociais, tem potencial para incentivar o SNS a ultrapassar as suas disfunções, no sentido de se tornar mais justo, equitativo e inclusivo, respeitador das diferenças que caracterizam os seus utentes. Para atingir este objetivo não basta cultivar a consciência e a sensibilidade cultural dos profissionais de saúde, que nem sempre estão suficientemente conscientes das suas próprias limitações culturais, dando azo a entropias na prestação dos serviços de saúde (Gailly, 2009). Esta consciência pode ser trabalhada. No entanto, é necessário modernizar o próprio SNS, de forma a que o acesso dos imigrantes à saúde

---

9 O Centro Anti-Discriminação, um projeto do GAT e da Ser+, é exemplo, no domínio dos direitos dos cidadãos, da atuação da sociedade civil.

não esteja na dependência das particularidades do funcionário *X* ou *Y*, mas decorra antes de um quadro legal facilitador, claramente definido e implementado. Assim, o delineamento de políticas sociais e de saúde no campo do trabalho do sexo deve: envolver as pessoas TS nos projetos de prevenção a que lhes são destinados (*peer-education approach*); tomar os clientes como alvo de ações de prevenção; orientar as políticas de prevenção numa perspetiva mais holística e abrangente; melhorar a acessibilidade das pessoas indocumentadas aos serviços do SNS; e combater o estigma social que pesa sobre essa população (Ribeiro et al, 2005).

A responsabilidade assumida pelas OSC é considerável, dado que surgem não apenas como prestadoras de serviços, mas também como representantes dos seus utentes. No Livro Branco sobre a Governação (Comissão das Comunidades Europeias, 2001), a Comissão Europeia refere que uma maior participação das organizações nos mecanismos governativos implica uma maior responsabilidade e exige o respeito por princípios de boa governação. As políticas sociais da União Europeia (UE), que exercem uma influência indiscutível na prática social em Portugal, prescrevem o envolvimento ativo dos cidadãos nos mecanismos políticos que os afetam, de forma a promover o *empowerment*, entendido enquanto capacidade de gerir a própria mudança (Bureau Internacional do Trabalho, 2003).

Alguns Estados utilizam a exclusão no acesso à saúde (Gil *et al.*, 2014), procurando assim desincentivar a imigração ilegal, o que produz consequências negativas não só para a saúde dos próprios imigrantes, mas também para a saúde pública, nomeadamente ao nível da propagação das IST. O Comité para os Direitos Sociais do Conselho da Europa reconhece esse facto, ao estipular que qualquer legislação ou prática que negue o acesso à saúde a cidadãos estrangeiros em território de um Estado membro, mesmo que esses cidadãos se encontrem em permanência irregular, é contrário à Carta Social Europeia. Em conformidade com esse princípio, a Constituição da República Portuguesa estabelece o direito de todos os cidadãos a cuidados de saúde, independentemente das suas condições económicas, sociais e culturais, e da sua situação administrativa de permanência no país. É aqui que o ativismo político das OSC em prol do efetivo acesso à saúde para todos assume maior relevância. Esse ativismo poderá implicar uma confrontação nem sempre politicamente correta com as entidades estatais que habitualmente surgem como aliadas e financiadoras das OSC.

## REFERÊNCIAS

Aboim, S. 2016 *A Sexualidade dos Portugueses* (Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos).

- APDES; RTS; Peixoto, V. 2012 *Recomendações para a redefinição do enquadramento jurídico do trabalho sexual em Portugal* (Vila Nova de Gaia: Agência Piaget para o Desenvolvimento e Rede sobre Trabalho Sexual). Em: <<http://www.apdes.pt/assets/apdes/RTS/Recomendacoes%20RTS.pdf>> (acedido em 31 de janeiro de 2018).
- Beck, U. 1992 *Risk society: towards a new modernity* (London: Sage).
- Bourdieu, P. 1994 *Raisons pratiques* (Paris: Seuil).
- Brussa, L.; Munk, V. 2010 “Vulnerabilities and rights of migrant sex workers in Europe” em *HIV AIDS Policy Law Review* N° 15(1), pp. 61-62.
- Bureau Internacional do Trabalho 2003 *A luta contra a pobreza e a exclusão social em Portugal. Experiências do programa nacional de luta contra a pobreza* (Genebra: Programa Estratégias e Técnicas contra a Exclusão Social e a Pobreza).
- Cazals, A. 1995 *Prostitution et proxénétisme en Europe* (Paris: La Documentation Française).
- Cohen, J.; Arato, A. 1997 *Civil Society and Political Theory* (New Baskerville: MIT Press).
- Comissão das Comunidades Europeia 2001 *Governança Europeia - Um livro branco* (Bruxelas: Comissão das Comunidades Europeias).
- Corbin, A. 1978 *Les filles de nocés. Misère sexuelle et prostitution (19e siècle)* (Paris: Flammarion).
- Costa, J. M. B.; Alves, L. 2001 *O masculino e o feminino de rua* (Lisboa: Colibri).
- Costa, J.; Rocha, J.; Eusébio, M. 2015 *12 anos de Red Light* (Relatório da Associação Positivo).
- Crisóstomo, S.; Matos, A. R.; Borges, M.; Santos, M. 2017 “Mais participação, melhor saúde: um caso de ativismo virtual na saúde” em *Forum Sociológico* N° 30 (II série), pp. 7-16.
- Delicado, A.; Gonçalves, M. E. 2007 “Os portugueses e os novos riscos: resultados de um inquérito” em *Análise Social* N° 52(184), pp. 687-718.
- Delor, F.; Hubert, M. 2000 “Revisiting the concept of ‘vulnerability’” em *Social Science & Medicine* N° 50, pp. 1557-1570.
- Deschamps, C. 2008 *Le sexe et l'argent des trottoirs* (Paris: Hachette Littératures).
- ECDC 2013 *Sex workers: monitoring implementation of the Dublin Declaration on partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia. Thematic Report* (Estocolmo: European Centre for Disease Prevention and Control).

- Frigon, S.; Kérésit, M. (eds.) 2000 *Du corps des femmes: contrôles, surveillances, résistances*. Ottawa: Presses de l'Université d'Ottawa.
- Gailly, A. 2009 "Teoría y Políticas, la atención sensible a la cultura" em Comelles, J.; Allué, X.; Bernal, M. *et al.* (eds.) *Migraciones y Salud* (Tarragona: URV), pp. 17-54.
- Gil, F. 2008 "La prostituée, une invention sociale" em *Sociétés* N° 1(99), pp. 21-32.
- Gil, F.; Hedjerrassi, N.; Rullac, S. *et al.* 2014 *Discrimination et stigmatisation d'une population. Le cas des femmes trans' migrantes. Programme de soutien en faveur de la lutte contre les discriminations en Ile-de-France* Convention N° 12-744-06, Dossier N° 12009925.
- Handman, M.-E.; Mossuz-Lavau, J. (eds.) *La prostitution à Paris* (Paris: La Martinière).
- Lagunes, L. 1998 *La supuesta invulnerabilidad de los varones: serio obstáculo para prevenir el VIH/Sida* (Oaxaca: Servicio Informativo de CIMAC).
- Machado, H.; Silva, M. C.; Silva, S. 2002 "Direito, ciência e corpo feminino: a prostituição como 'objecto' de fronteira" em *Sociedade e Cultura* 4. *Cadernos do Noroeste* N° 18 (1-2), pp. 183-203.
- Maia, M. 2009 *Sexualités adolescentes* (Paris: L'Harmattan; Éditions Pepper).
- Maia, M. 2010a "Construction identitaire, relations amoureuses et comportements sexuels à risque de jeunes de la banlieue parisienne" em *Compaso. Journal of Comparative Research in Anthropology and Sociology*, N° 1(1), pp. 73-89.
- Maia, M. 2010b "Prática de risco no contexto das relações homossexuais" em Ferreira, P. M.; Cabral, M. V. (eds.) *Sexualidades em Portugal: comportamentos e riscos* (Lisboa: Bizâncio), pp. 387-416.
- Maia, M.; Rodrigues, C. 2014 "Civil society organizations in the prevention of sexually transmitted infections among female sex workers, in Portugal" em *Saúde e Sociedade* N° 23(1), pp. 50-62.
- Manita, C.; Oliveira, A. 2002 *Estudo de Caracterização da Prostituição de Rua no Porto e em Matosinhos* (Porto: CIDM).
- Miranda, J. 2009 *Mulheres Imigrantes em Portugal. Memórias, dificuldades de integração e projectos de vida* (Porto: ACIDI).
- Muianga, B. S. 2009 *Risco e saúde no contexto do VIH/SIDA. O caso da prostituição na cidade de Maputo*. Tese de Mestrado em Estudos Africanos, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Instituto Universitário de Lisboa.
- Oliveira, A. 2004 *As vendedoras de ilusões. Estudo sobre prostituição: alterne e striptease* (Lisboa: Editorial Notícias).

- Oliveira, A. 2011 *Andar na vida. Prostituição de rua e reacção social* (Coimbra: Almedina).
- Oliveira, A. 2013 “PreVIH: Projeto de educação de pares para trabalhadores do sexo” em *Ação & Tratamentos* N° 31.
- Oliveira, A.; Mota, M. 2013 *Desenvolvimento e avaliação de um modelo de educação de pares para trabalhadores(as) do sexo. Relatório final da supervisão científica da segunda fase do projeto*. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto / GAT.
- Oliveira, A.; Mota, A. M. 2012 *Implementação e avaliação de um modelo de educação de pares para trabalhadores(as) do sexo. Relatório final da supervisão científica* (Porto: FPCEUP).
- Parent, C.; Coderre, C. 2000 “Le corps social de la prostituée: regards criminologiques” em Frigon, S.; Kérisit, M. *Du corps des femmes. Contrôles, surveillances et résistances* (Ottawa: Les Presses de l’Université d’Ottawa), pp. 93-123.
- Perseil, S. 2009 *Les cadres de la prostitution* (Paris: L’Harmattan).
- Ribeiro, F. B. 2003 “Os modernos cavaleiros do asfalto: risco e transgressão nas estradas portuguesas” em Branco, J. F.; Ramos, M. J. (eds.) *Estrada viva? Aspectos da motorização na sociedade portuguesa* (Lisboa: Assírio & Alvim), pp. 31-50.
- Ribeiro, F. B. 2010 “Proibições, abolições e a imaginação de políticas inclusivas para o trabalho sexual” em Silva, M. C.; Ribeiro, F. B. (orgs.) *Mulheres da vida, mulheres com vida. Prostituição, estado e políticas* (Famalicão: Húmus), pp. 277-288.
- Ribeiro, M.; Sacramento, O. 2005 “Violence against prostitutes. Findings of research in the spanish-portuguese frontier region” em *European Journal of Women’s Studies* N° 12(1), pp. 61-81.
- Ribeiro, M.; Silva, M.; Ribeiro, F. B.; Sacramento, O. 2005 *Prostituição abrigada em clubes (zonas fronteiriças do Minho e Trás-os-Montes): práticas, riscos e saúde* (Lisboa: CIDM).
- Ribeiro, M.; Silva, M.; Schouten, J.; Ribeiro, F. 2007 *Vidas na raia: prostituição feminina em regiões de fronteira* (Porto: Afrontamento).
- Rokek, C. 1995 *Decentring leisure: rethinking leisure theory* (London: Sage).
- Sacramento, O. 2005 *Os clientes da prostituição abrigada: a procura do sexo comercial na perspectiva da construção da masculinidade*. Tese de Mestrado em Sociologia, Universidade do Minho, Braga.
- Sacramento, O. 2011 “Liminal spaces: reflections on the proxemia of cross-border demand for prostitution” em *Space and Culture* N° 14(4), pp. 367-383.

- Sacramento, O.; Ribeiro, M. 2014 “Mulheres marcadas: prostituição, ordem e exclusão” em *Cuadernos de Trabajo Social* N° 27(1), pp. 197-209.
- Sacramento, O.; Ribeiro, F. B.; Maia, M. 2016 “Sida, Estado e sociedade civil: contornos da epidemia, políticas e intervenção social em Portugal” em Sacramento, O.; Ribeiro, F. B. (orgs.) *Planeta Sida. Diversidade, políticas e resposta sociais* (Famalicão: Húmus), pp. 105-126.
- Santos, B. S.; Gomes, C.; Duarte, M. 2009 “Tráfico sexual de mulheres: Representações sobre ilegalidade e vitimação” em *Revista Crítica de Ciências Sociais* N° 87, pp. 69-94.
- Saraiva, L. J. C. 2009 *O renascer de Vénus. Prostituição, trabalho e saúde em tempos de SIDA (Belém-Brasil e Lisboa-Portugal)*, Tese de doutoramento, ICS, Universidade de Lisboa.
- Silva, M. C.; Ribeiro, F. B. 2010 *Mulheres da vida, mulheres com vida: prostituição, estado e políticas* (Famalicão: Húmus).
- UNAIDS 2012 *Report on the global AIDS epidemic* (WHO).
- Weitzer, R. 2007 The social construction of sex trafficking: Ideology and institutionalization of a moral crusade em *Politics and Society* N° 35(3), pp. 447-475.